

Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care

இழப்பீட பபிவம் - பீஎன்பி மெட்லைஃப் மேரா ஹார்ட் மற்றும் புற்றநோய் பராமரிப்பு

POLICY NUMBER / பாலிசி எண்கள்

Important instructions:

முக்கிய அறிவுறுத்தல்கள்:

The submission of the filled-up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be construed as an admission of liabilities of our Company under the policy. No agent/intermediary has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.

நிரப்பப்பட்ட உரிமைகோரல் படிவத்தை சமர்ப்பிப்பது, தேவையான கட்டாய ஆவணங்களுடன், கொள்கையின் கீழ் எங்கள் நிறுவனத்தின் பொறுப்புகளை ஒப்புக்கொள்வதாக கருதப்படக்கூடாது. நிறுவனத்தின் சார்பாக எந்தவொரு பொறுப்பையும் ஒப்புக்கொள்ள எந்த முகவரும் / இடைத்தரகரும் இல்லை அல்லது அங்கீகரிக்கப்படவில்லை.

Early submission of this form along with the required mandatory documents, as provided below, will enable us to process your claim faster. PNB MetLife shall not be responsible for any delay in the processing of the claim on account of submission of incomplete claim form and/or non-submission of the mandatory documents.

கீழே வழங்கப்பட்டள்ள தேவையான கட்டாய ஆவணங்களடன் இந்த பபிவத்தை விரைவில் சமர்ப்பித்தால், உங்கள் இழப்பீட்டை எங்களால் விரைவாக செயல்படுத்தமபியும். கட்டாய ஆவணங்களை சமர்ப்பிக்காமல் இரப்பத மற்றும்/ அல்லத மழமையாக நிரப்பாத இழப்பீட பபிவத்தை சமர்ப்பித்தல் காரணமாக இழப்பீட்ட செயல்மறைப்பதலவில் ஏற்படம் எந்த ஓர தாமதக்கதிற்கம் பீஎன்பி மெட்லைஃப் பொறப்பாகாத.

This form is to be filled in completely in BLOCK letters.

இந்த பபிவம் மழவதம் கொட்டை எழுத்தக்களால் நிரப்பப்படவேண்டம்.

Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.

இந்த பபிவத்தில் ஏதேனம் புதப்பித்தல் / திரத்தங்கள் செய்யப்பப்பிரக்கம் இடங்களில் தயவுசெய்த கவுண்டர்-கையொப்பம் இடவும். Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.

வர்த்தமான உத்தியோகத்தர் / நோட்டரி பொத / நீதிவான் அல்லத உள்ளூர் நிலை நபரின் சாட்சி கையொப்பம் கட்டாயமானத.

Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.

பபிவங்களம் அனைத்த தேவையான ஆவணங்களை அரகில் உள்ள பீஎன்பி மெட்லைஃப்-யின் கிளை அலவலத்திலோ அல்லத மேலே கறிப்பிட்டள்ள மகவரியிலோ சமர்ப்பிக்கவேண்டம்.

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

பகுதி A: காப்பீடு செய்தவரின் விவரங்கள்

Name: _____	Age: _____																				
பெயர்: _____	வயத: _____																				
Address (Current Residential Address): _____																					
முகவரி (தற்போதைய வீட்டு முகவரி): _____																					
City: _____	Pin Code: _____																				
State: _____																					
நகரம்: _____	அஞ்சல் குறியீடு: _____																				
மாநிலம்: _____																					
Contact Number: Landline _____	/Mobile _____																				
தொடர்பு எண்: லேண்டலைன் _____	/கைபேசி _____																				
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____																				
*Aadhaar No: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr></table>		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
மின்னஞ்சல் முகவரி: _____	PAN எண்/ படிவம் 60: _____																				
*ஆதார்எண்: _____																					
*Only last 4 digits to be mentioned.																					
*கடைசி 4 இலக்கங்களை மட்டுமே குறிப்பிட வேண்டும்.																					

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

பகுதி B: காப்பீடு செய்தவரின் மருத்துவ பின்னணி

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____
நிலைத்திரக்கம் நோய், உடல்நலமின்மை/காயத்தின் பெயர்: _____
Symptoms: _____
அறிகுறிகள்: _____
Duration of symptoms: _____
Date of Diagnosis: _____
அறிகுறிகளின் காலம்: _____
நோய் கண்டறிதல் தேதி: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____
இந்த அறிகுறிகள் எப்போது முதலில் தோன்றின / நிகழ்ந்தன: _____
Date and Time of Admission: _____
Date and Time of Discharge: _____
சேர்க்கை தேதி மற்றும் நேரம்: _____
டிஸ்சார்ஜ் செய்யப்பட்ட தேதி மற்றும் நேரம்: _____
Name of hospital: _____
மரத்தவமையின் பெயர்: _____
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____
கடந்த காலத்தில் நீங்கள் இதே போன்ற நிலைய சந்தித்தள்ளீர்களா: <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை ("ஆம்" என்றால், விவரங்களை அளிக்கவும்)

Nature of Illness and Habits நோய் மற்றும் பழக்கவழக்கங்களின் தன்மை	Date of diagnosis of Illness நோய் கண்டறிதல் தேதி
<input type="checkbox"/> Hypertension உயர் இரத்த அழுத்த <input type="checkbox"/> Diabetes நீரிழிவ <input type="checkbox"/> Asthma ஆஸ்துமா <input type="checkbox"/> IHD ஐளக்கி <input type="checkbox"/> Malignancy புற்றநோய் Other..... இதரைவ:	
<input type="checkbox"/> Smoking புகைப்பிடித்தல் <input type="checkbox"/> Alcohol ஆல்கஹால் <input type="checkbox"/> Tobacco புகையிலை <input type="checkbox"/> Drugs போதைமரந்தகள் If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ ஆம் என்றால், நுகர்வு காலம் _____ நுகரப்பட்ட அளவு _____	

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)

தீவிர நோய் குறித்த தகவல் (கண்டறியப்பட்ட நோயை பிக் செய்யவும்)

List of Heart conditions covered under Heart Cover இதயப் போர்வையால் மூடப்பட்ட இதய நிலைகளின் பட்டியல்	List of Cancer conditions covered under Cancer Cover புற்றநோய் கவரின் கீம் வரம் புற்றநோய் நிலைகளின் பட்டியல்
Mild Stage மிதமான நிலை	
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) ஆஞ்சியோபிளாஸ்டி (கரோனரி தமனிகளுக்கான ஸ்டென்டிங்) <input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries கேராபிட் ஆர்டரிஸ்-க்கான ஆஞ்சியோபிளாஸ்டி மற்றும் ஸ்டென்டிங் <input type="checkbox"/> Endarterectomy எண்டார்டெக்டொமி <input type="checkbox"/> Renal Angioplasty ரீனல் ஆஞ்சியோபிளாஸ்டி <input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves இரதய குழாய்கள் மாற்றம் அல்லது பழுதபார்ப்பிற்கான பெர்க்கடேரியஸ் நடைமுறைகள் <input type="checkbox"/> Pericardectomy பெரிக்கார்டெக்டொமி <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm ஆரோடிக் அனர்ஸம்-க்கான குறைந்த இன்வெஸிவி அறவைசிகிச்சை <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis இன்பெக்டிவ் எண்டோகார்பிபிஸ்	<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ கறிப்பிட்ட இளறிவை புற்றநோய் அல்லது கார்சினோமா-இன்-சிட்ட
Moderate Stage நடுத்தர நிலை	
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) நிரந்தர இரதய பேஸ்மேக்கர் பொரத்ததவின் தொடக்க நிலை அல்லது இம்ப்லாண்ட்டபில் கார்பியோவெர்டர் ட்பைப்ரில்லெட் (ஐ.சி.டி.) பொரத்ததல் <input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts வெந்த்ரிகலர் உதவி கரவிகள் அல்லது மொத்த செயற்கை இரதயங்கள் வைப்பதற்கான அறவைசிகிச்சை	Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: புற்றநோய் இழப்பீட கார்னமாக தேவயான பின்வாரம் புற்றநோய் தொடர்பான அறவைசிகிச்சைகள் * உள்ளடங்கும்: <input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast கார்சினோமா -இன்-சிட்ட-க்கான மாஸ்டெக்டொமி <input type="checkbox"/> Orchidectomy for Carcinoma-in-situ of the testis சீட்ட பரிசோதனைகளக்கான ஆர்சிடெக்டொமி <input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer சிந்ரீரககமாய்/நோமோசிந்ரீரககமாய் புற்றநோயின் கார்சினோமா இன் சீட்ட-க்கான சிஸ்டெக்டொமி <input type="checkbox"/> Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral Salpingo- Oophorectomy for Carcinoma-in-situ of the Cervix / Carcinoma-in-situ of the Uterus / Carcinoma-in-situ of the Ovary கர்ப்பைவாய்-யின் கார்சினோமா -இன்-சீட்ட / கர்ப்பையின் கார்சினோமா-இன்-சீட்ட/கரமட்டையின் கார்சினோமா இன் சீட்டக்கான மொத்த அபிவயற ஹிஸ்டெரெக்டொமி மற்றும் பைலேடொல் சால்பிங்கோ-ஊபோரேக்டொமி *A CiS cancer claim must be payable for payment of this benefit *இந்த நன்மையை செலுத்துவதற்கு ஒரு சிஐஎஸ் புற்றநோய் உரிமைகோரல் செலுத்தப்பட வேண்டும்
Severe Stage தீவிர நிலை	
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) மையோகார்பியல் இன்பார்க்ஷன் (மதல் மாரடைப்பு - கறிப்பிட்ட தீவிரத்தன்மை) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy கார்ப்யோமையோபதி <input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta ஐயோர்டா-வின் மக்கிய அறவைசிகிச்சை <input type="checkbox"/> Open Chest CABG திறந்த மார்பக சிஏபிஜி <input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves ஓபன் ஹார்ட் மாற்றம் அல்லது இருதய குழாய்கள் பழுதுபார்ப்பு <input type="checkbox"/> Heart Transplant இருதய மாற்று அறுவை சிகிச்சை	<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis பெரிய புற்று நோய் கண்டறிதல்

Section C: PAYMENT - NEFT**பகுதி C : பணம் செலுத்தல் - என்ஈஎஃப்டி**

Bank Account no: _____
வங்கி கணக்கு எண்: _____
Name of bank: _____
வங்கியின் பெயர்: _____
IFSC code: _____
ஐஎப்எஸ்சி குறியீடு: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION**பகுதி D : அறிக்கை மற்றும் அங்கீகாரம்**

I do hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or with-held from my side. I understand that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. I hereby authorize the physician or hospital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information or furnish the records regarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual/organisation/entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry association/federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent services.

மேலே உள்ள வாக்கியங்கள் உண்மையானவை மற்றும் மழுமையானவை மற்றும் எனது தரப்பில் இரந்த எதவும் மறைக்கப்படவில்லை என்ற நான் அறிவிக்கிறேன். வழங்கப்பட்டள்ள இழப்பீட பபிவத்தில் பாலிசியின் கீழ் அதன் எந்த ஓர் உரிமையும் பீஎன்பி மெட்லைஃப் தள்ளப்பி செய்யவில்லை அல்லது ஒழிப்புக்கொள்ளவில்லை என்பதை நான் புரிந்துகொண்டேன். பீஎன்பி மெட்லைஃப்-ஆல் வழங்கப்பட்ட பாலிசிக்க மன்னேரா அல்லது அதற்கு பிறகே எனது உடல்நிலை குறித்த சேகரிக்கப்பட்ட தகவல்களை வழங்குவோ அல்லது ஏதேனும் தகவல்களை அல்லது செய்தியை வெளிப்படுத்த ஏதேனும் நோய்களுக்காக என்னை பரிசோதித்த அல்லது சிகிச்சை செய்த மரத்தவைர அல்லது மரத்தவமைனைய நான் அங்கீகரிக்கிறேன். இதன்மூலம் நான் நாங்கள் இந்த இழப்பீட்டை செயலமறைப்பதும் நோக்கத்திற்காகவே அல்லது அடத்த வழங்கும் சேவைய வழங்குவதற்காகவே, என்னை பற்றி சேகரிக்கப்பட்ட தனிப்பட்ட மற்றும் தனிப்பட்ட தகவல்களையோ அல்லது பீஎன்பி மெட்லைஃப்-யிடம் இரக்கம் (இந்த அறிக்கையில் உள்ளவை அல்லது பெறப்பட்ட ஏதேனும்) னேதிவசி ஆவணங்கள் உள்ளிட்ட அதாவக ஏதேனும் தனிநபர்/நிறுவனம்/பீஎன்பி மெட்லைஃப் உடன் தொடர்புடைய அல்லது ஈடப்பிரக்கம் நிறுவனங்களான மறகாப்பீட்டாளர்கள், இழப்பீட விசாரணை நிறுவனங்கள், வெண்டார் மற்றும் நிறுவனங்கள், அமைப்புகள் உள்ளிட்டவற்றை பயன்படுத்தவும் மற்றும் வெளியிடவும் பீஎன்பி மெட்லைஃப்-க்க ஒப்புதல் அளித்த அங்கீகரிப்பு செய்கிறேன்/செய்கிறோம்.

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
கையொப்பம்/இடது கட்டைவிரல் எண்ணம் _____ தேதி: _____

Declaration by the person filling in the Critical Illness Claim form. (in case the Critical Illness Claim form is filled up / signed in a language different from that of application form)

சிக்கலான நோய் கோரிக்கைப் படிவத்தை நிரப்புவாரின் உறுதிமொழி. (விண்ணப்பப் படிவத்தில் உள்ள மொழியிலிருந்து மாறுபட்ட மொழியில் சிக்கலான நோயின் கோரிக்கைப் படிவம் நிரப்பப்பட்டால் / கையொப்பமிடப்பட்டிருந்தால்)

I hereby declare that I have fully explained the contents of the Critical Illness Claim form to the claimant in the language understood by him/her. The same have been fully understood by him/her and the replies have been recorded as per the information provided by the claimant and the replies have been read out to, fully understood and confirmed the claimant.

கோருபவருக்கு அவர் புரிந்துகொள்ளும் மொழியில் சிக்கலான நோய் கோரிக்கை படிவத்தில் உள்ள விஷயங்களை நான் முழுமையாக விளக்கினேன் என்று இதன்மூலம் உறுதியளிக்கிறேன். அதை அவர் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டார் மற்றும் உரிமை கோருபவர் அளித்த தகவலின்படி பதில்கள் பதிவு செய்யப்பட்டன. அந்தப் பதில்கள் அவருக்கு வாசித்துக் காட்டப்பட்டன, அவரால் முழுமையாகப் புரிந்துகொள்ளப்பட்டது மற்றும் உறுதிப்படுத்தப்பட்டது.

The content of the form and document have been fully explained to me and that I have fully understood the content mentioned herein and its significance for the proposed Claim

படிவம் மற்றும் ஆவணத்தின் உள்ளடக்கம் எனக்கு முழுமையாக விளக்கப்பட்டது, இங்கு குறிப்பிடப்பட்டுள்ள உள்ளடக்கத்தையும், முன்மொழியப்பட்டுள்ள உரிமைக்கோரிக்கையின் முக்கியத்துவத்தையும் நான் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டேன்.

Date தேதி	Place இடம்	Signature of Declarant அறிவிப்பவரின் கையொப்பம்	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee கையொப்பம் / டுதுகைரேகைஉரிமைகோருபவர்/ நியமனதாரர்
Name of Witness: _____ சாட்சியின்பெயர்: _____		Signature of Witness: _____ சாட்சியின்கையொப்பம்: _____	
Address of Witness: _____ சாட்சியின்முகவரி: _____			
Date: _____ நாள்: _____	Place: _____ இடம்: _____		

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP**சிக்கலான நோய் ஒப்புதல் ரசீது**

Policy number(s) _____, _____, _____, _____
பாலிசியெண்(கள்)
Name of claimant _____
உரிமை கோருபவர் பெயர்
Branch name & code _____
கிளையின் பெயர் குறியீடு
Date: _____ Employee name & Code _____
நாள்: _____ ஊழியர் பெயர் குறியீடு

Documents Submitted: _____ ஆவணங்கள் சமர்ப்பிக்கப்பட்டது: _____	<input type="checkbox"/> Original Policy Document அசல் பாலிசி ஆவணம்	<input type="checkbox"/> Photo identity & residence proof புகைப்பட சான்று இருப்பிடச் சான்று	<input type="checkbox"/> Doctor's Certificate - Critical Illness மருத்துவரின் சான்றிதழ் - சிக்கலான நோய்
	<input type="checkbox"/> Cancelled cheque / Copy of bank passbook ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலை / வங்கி கணக்கு புத்தகத்தின் நகல்	<input type="checkbox"/> Doctor's Certificate - Critical Illness மருத்துவரின் சான்றிதழ் - சிக்கலான நோய்	<input type="checkbox"/> Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper கண்டறிந்த நோய்க்கான நோயறிதல் மற்றும் சிகிச்சைக்கான முழுமையான மருத்துவப் பதிவுகள் அதாவது, எல்லா பரிசோதனை அறிக்கைகளும், டிஸ்சார்ஜ் சுருக்கம், இன்டோர் கேஸ் பேப்பர்

The acknowledgement slip should not be construed as acceptance of claim. The company reserves the right to call additional documents / requirements.

ஒப்புதல் ரசீதினை கோரிக்கை ஏற்கப்பட்டதற்கான சான்றாக எடுத்துக் கொள்ளக்கூடாது. கூடுதல் ஆவணங்களை / தேவைகளைக் கோரும் உரிமை நிறுவனத்துக்கு உள்ளது

Company Seal & Stamp with Date and time நாள் மற்றும் நோத்துடன் நிறுவனத்தின் சீல் & முத்திரை
--

Documents to be submitted along with this form

இந்த ஆவணத்துடன் சமர்ப்பிக்கவேண்டிய ஆவணங்கள்:

- Original policy document
அசல் பாலிசி ஆவணம்
- Doctor's Certificate - Critical Illness
மருத்துவர் சான்றிதழ் - தீவிர நோய்
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
கண்டறியப்பட்ட நோயைக் கண்டறிதல் மற்றும் சிகிச்சையளிப்பதற்கான முழுமையான மருத்துவ பதிவுகள், அதாவது அனைத்து சோதனை / விசாரணை அறிக்கைகள், வெளியேற்ற சுருக்கம், உட்புற வழக்கு ஆவணங்கள்
- All past medical records for any treatment taken
எடுக்கப்பட்ட எந்த சிகிச்சைக்கான கடந்தகால மருத்துவப் பதிவுகள் அனைத்தும்
- Cancelled cheque
ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலை
- Id & residence proof
ஐடி & குடியிருப்பு ஆதாரம்

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: UnitNo.701,702 &703,7thFloor,West Wing,RahejaTowers,26/27 MG Road, Bangalore -560001,Karnataka.IRDAof India Registrationnumber117.
CI No. U66010KA2001PLC028883, call us Toll-free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, Email: indiaservice@pnbmetlife.co.in or write to us at 1st Floor, Techniplex-1, Techniplex Complex,
Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai – 400062. Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203

பிஎன்பி மெட்லைஃப் இன்டியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவு செய்த அலுவலகம்: பூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ரஹேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம்.ஜி ரோடு, பெங்களூரு - 560001, கர்நாடகா. ஐஆர்டிஏ பதிவு எண் 117. சிஎஸ்
எண் U66010KA2001PLC028883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ.பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்:
indiaservice@pnbmetlife.co.in அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம், டெக்னிபிளெக்ஸ் -1, டெக்னிபிளெக்ஸ் காம்பிளெக்ஸ், வீர சவார்க்கர் ஃபிளைஓவருக்கு எதிரில்,
கோரிகான் (மேற்கு), மும்பை - 400062. தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +91-22-41790203